

FICHE REFLEXE – n° 2019 - 06 – n°59 - TB/MD

Objet : GT Autorisation médecine – 3^e réunion

Date de réunion : 5 juin 2019

Rédacteur : Thierry BECHU / Matthieu DERANCOURT / Laurent RAMON

Participants à la réunion : DGOS, FHP MCO, FHF, ARS Normandie/Grand Est, CNP Pédiatrique, FEHAP, UNICANCER, CNP de médecine vasculaire, CNP Endoc, FSM

Problématique / Ordre du Jour :

- 1- Hôpitaux de proximité
- 2- Gradations d'une activité de soins : notions – méthodologie
- 3- Atelier sur la gradation de l'activité de soins de la médecine

Documents de référence :

Point 1 : Hôpitaux de proximité

Ce jour, le texte est présenté au Sénat dans une version légèrement modifiée.

Les hôpitaux de proximité sont « des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements » définis par des missions « exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire, avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale » et un périmètre d'activités.

LE MODELE CIBLE

- Des hôpitaux de proximité définis par leurs missions et leur mode de fonctionnement, indépendamment de leur statut juridique ou de leur inclusion dans un établissement multisites.
- Une synergie et une intrication avec la médecine de ville qui pourront se traduire par un exercice mixte des professionnels, une participation à la gouvernance des hôpitaux de proximité et des projets territoriaux articulés.

Missions des hôpitaux de proximité

Assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent (...) vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins »

Référence aux travaux en cours sur la révision du contenu des autorisations de soins, dont l'objectif est de définir les conditions d'implantation et de fonctionnement de façon à ce qu'elles assurent la qualité et la sécurité des soins et s'inscrivent dans une gradation de l'offre.

En prenant en compte les projets de santé des CPTS et en coopération avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire, les ESMS et la HAD, ils :

- Apportent un appui aux PS de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population
- Favorisent en liaison avec le médecin traitant la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité
- Participent à la prévention et la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire.

Des missions proches de celles que les CPTS seront amenées à organiser : l'accès aux soins / les parcours / la prévention. Leur mise en œuvre devra donc s'inscrire en cohérence avec les projets de santé des CPTS.

Débat pour ajouter une 4^e mission partagée autour de la continuité des soins et la PDS

Activités des HP : POUR ASSURER LEURS MISSIONS, LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ ONT UN PERIMÈTRE D'ACTIVITÉS SPECIFIQUES

De façon « obligatoire », ils exercent « une activité de médecine, offrent des consultations de diverses spécialités, disposent de ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale ».

L'activité de médecine fait référence à l'autorisation de soins :

- *Les consultations de spécialités pourront concerner les patients hospitalisés ou la population du territoire, et être assurées par des praticiens hospitaliers ou des médecins libéraux*
- *La présence de plateaux techniques sur site n'est pas rendue obligatoire même si elle souhaitée en cible.*

« Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique ». A titre dérogatoire ils peuvent exercer certains actes chirurgicaux (cette dérogation n'équivaut pas à une autorisation de soins).

En fonction du territoire et de l'offre existante d'autres activités, notamment la médecine d'urgence, les activités prénatales et post natales (CPP), les SSR, les soins palliatifs, les équipes mobiles.

Toute activité qui n'est pas exclue, pourra être réalisée au sein des hôpitaux de proximité

L'article 8 : l'habilitation à légiférer par ordonnance

Déterminer les modalités selon lesquelles la liste des établissements de santé de proximité est établie par l'autorité compétente

Procédure de labellisation des hôpitaux de proximité

Définir les modalités d'organisation, de fonctionnement et de gouvernance de ces établissements, notamment en ouvrant leur gouvernance aux acteurs du système de santé du territoire concerné ;

Conditions permettant de faciliter une meilleure coopération avec les professionnels de ville et du territoire

Déterminer dans quelles conditions ces dispositions peuvent être applicables à une structure dépourvue de la personnalité morale et partie d'une entité juridique.

Labellisation possible à l'entité géographique

L'article 8 : La dérogation à la pratique de certains actes chirurgicaux

DEROGATION INTRODUITE SUITE AUX DEBATS PARLEMENTAIRES

OBJECTIF : Permettre à des hôpitaux de proximité de réaliser certains actes chirurgicaux sur des territoires où l'offre fait défaut, dès lors que les conditions de qualité et de sécurité des soins sont réunies.

CADRE ENVISAGE

Dérogation accordée par le DG ARS, au cas par cas, sur la base d'actes ciblés, impliquant des procédures courtes, standardisées et à faible niveau de risque :

- Liste établie par arrêté ministériel après avis de la HAS
- Un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités de mise en œuvre de cette dérogation

L'article 8 : Mono SSR

CONTEXTE : l'obligation de détenir une autorisation de médecine exclut les établissements de SSR de la labellisation. Pourtant certains SSR sont déjà « proches » du modèle d'organisation cible.

PROPOSITION DGOS : accompagner certains SSR proches du modèle cible vers la labellisation et l'obtention d'une autorisation de médecine.

TRAVAUX EN COURS : identification avec les ARS de la réalité de cette problématique et des conditions permettant de faciliter la mise en œuvre de cette option.

PREMIERS RETOURS DES ARS

- Une problématique plus ou moins présente au sein des régions et dépendante de contextes territoriaux (absence d'offre alternative notamment) ;
- Une transformation qui doit s'articuler avec les enjeux de démographie médicale de dynamiques territoriales et de maillage de l'offre ;
- Un besoin identifié de définir « la médecine de proximité » (à lier aux travaux s l'évolution des autorisations) pour apprécier la capacité des établissements à satisfaire les conditions de qualité et de sécurité des soins

Suite des travaux - Lancement des chantiers II et III

CHANTIER II : CREER LES CONDITIONS D'UNE RELATION REINVENTEE ENTRE LES ACTEURS DU TERRITOIRE ET L'HOPITAL DE PROXIMITE

OBJECTIFS :

- Favoriser le développement de dynamiques territoriales communes, notamment avec les CPTS, incluant en particulier l'exercice partagé...
- et bénéficier de l'appui des Groupements hospitaliers de territoire (pour les établissements publics) et de la médecine de ville de deuxième ligne dans la mise en place de parcours de soins et d'accès à l'expertise (consultations avancées)
- dans un contexte de révision des compétences et des instances de gouvernance des établissements publics (An II des GHT)

CONSTAT : le droit commun (T2A) ne permet pas d'être un levier de transformation des pratiques et de décloisonnement entre les acteurs

OBJECTIF : proposer des modalités de financement qui n'encouragent pas la croissance des hospitalisations et financent de nouvelles missions partagées avec les acteurs du territoire.

AUTRE : ARTICULATION AVEC LES CHANTIERS STSS « RESSOURCES HUMAINES » (concerne notamment le statut des PH) AFIN DE DEVELOPPER L'EXERCICE MIXTE ET L'ATTRACTIVITÉ DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Echanges

(DGOS) Liste des actes chirurgicaux : travaux prévus avec le GT chirurgie

(FEHAP) Chantier II préciser également établissements privés

Ne pas oublier les exercices hors établissements publics, la FEHAP demande de participer à ces négociations

(FSM) Position de collègue de médecine générale → formation à la médecine primaire. Mais n'intègre pas l'exercice en médecine hospitalière. Les MG hospitaliers n'appartiennent à aucun CNP (alors que nécessaire pour la re certification). Comment acquérir ces compétences ? Comment seront-ils reconnus ?

(CNP Endoc) Qu'en pensent les médecins généralistes ? La pratique mixte se faisait souvent au détriment de la partie publique.

(DGOS) C'est pour cela qu'est prévu l'association des CPTS à ces HP.

(FHF) Etonnement que PDS et continuité des soins soient encore en discussion... !

Ces deux sujets sont au cœur des HP.

Lien entre plateau technique et hébergement : difficile d'imaginer une déconnexion des deux (ne pas survaloriser le médico-technique vis à vis de l'hébergement et des soins quotidiens)

(FHP MCO) Les structures actuelles (ex hôpitaux locaux) fonctionnent déjà avec des médecins généralistes.

Est-ce une tentative de description du fonctionnement des hôpitaux locaux avec une extension à d'autres ES ? Quant à la PLFSS 2020, les HP actuels ont déjà un financement, est-on sur ce type de modèle ?

Pour la PDS, nécessité d'une cohérence régionale : certaines ARS suppriment des lignes sur le terrain.

(FHF) Comment rendre compte la prise en charge « sociale » réalisée par ces établissements ?

(DGOS) Sur le modèle de financement, actuellement financement dérogatoire. Sur le principe de garantie de financement à 90% (en moyenne), il n'a pas toujours été attractif notamment pour les établissements de santé privés.

(CNP Méd vasc) Réflexion très centrée sur les établissements. Quid du patient ? Des besoins du patient ? Interactions avec les établissements de recours ?

Point 2 : Gradation d'une activité de soins : notions – méthodologie

Rappel méthodologique sur la gradation

Dans une logique de restructuration des activités de soins autour de concepts communs, l'équipe projet propose d'utiliser les termes suivants : activités, (modalités) et mentions afin de décrire de façon uniforme les activités de soins.

Le nombre de mentions est adaptable aux besoins, de même que les modalités sont facultatives en fonction des sujets.

Définition

La délimitation d'une activité de soins par des niveaux de prise en charge.

Enjeux

La lisibilité de l'offre de soins sur le territoire pour les patients, les professionnels de santé, les pouvoirs publics en particulier les ARS, la bonne allocation des ressources en fonction des besoins de la population.

L'optimisation des prises en charges : adaptation des moyens à la gravité des pathologies et au profil des patients

Principes

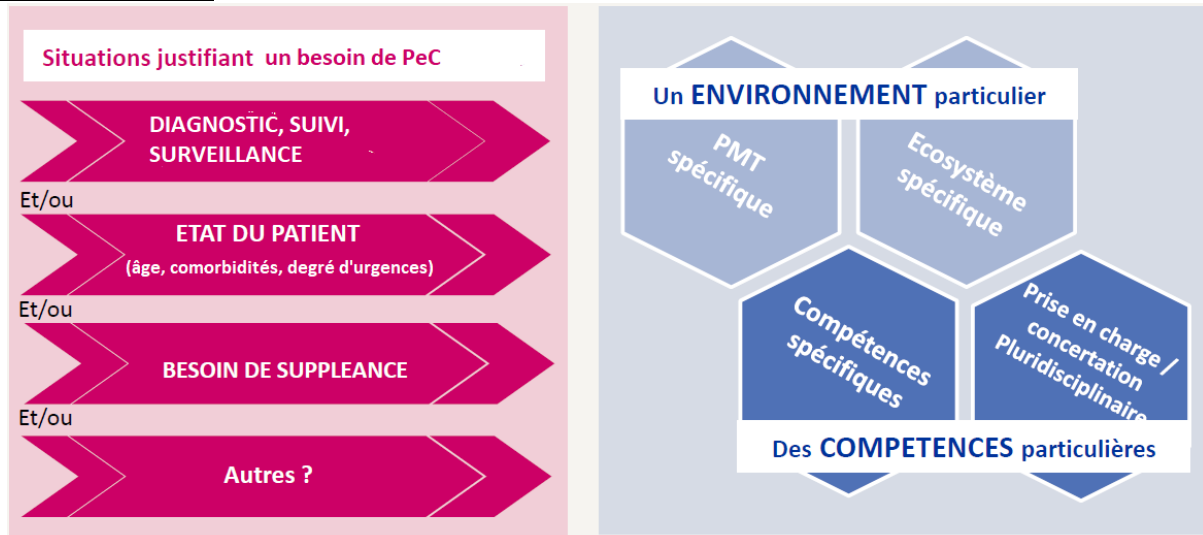
Un niveau est « chaîné » à l'autre dans une relation
« QUI PEUT LE PLUS, PEUT LE MOINS »

Un niveau par rapport à l'autre, dispose de SPECIFICITES retranscrites dans les CI/CTF
(Technicité de l'activité, environnement, personnel...)

Quels critères déterminent le périmètre de chaque niveau ?

<p>Expertise médicale requise</p> <ul style="list-style-type: none"> - Généraliste - Spécifique <p>Profils des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> - Age, comorbidités... - Patient à haut risque <p>Contexte de la Prise en Charge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programmée - Non programmée - Situation d'urgence 	<p>Prise en charge</p> <p>à</p> <p>réaliser</p>	<p>Un environnement adapté '</p> <ul style="list-style-type: none"> - Environnement technique - Ressources humaines : compétences, équipe - Ecosystème
---	---	---

Critères de détermination



(FSM) Attention à « qui peut le plus peut le moins » pour la médecine. Certaines prises en charge de proximité ne sont pas forcément réalisables par les mêmes praticiens/la même équipe.

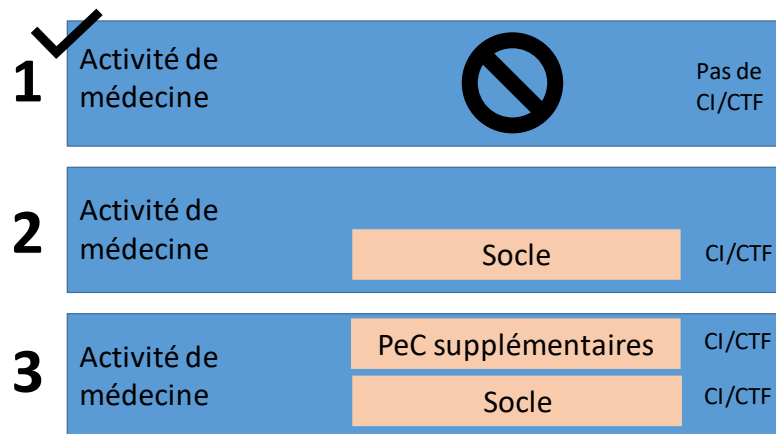
(FHF) Question qui est le mieux à même de prendre en charge cette médecine de proximité au sein même de l'établissement ?

(CNP Endoc) En désaccord, les CHU ont également une responsabilité territoriale. Pour une pratique médicale avoir toute la gradation de la prise en charge est primordiale.

(DGOS) Le programme HP est un label. Il devra avoir quand même une autorisation de médecine.

Point 3 - : Atelier sur la gradation de l'activité de soins de la médecine

La méthode proposée en 3 étapes



Les conditions d'implantation

Description de l'offre

Périmètre : définition de l'autorisation (par acte, pathologie, patient...)

Modalités : différentes variantes (actes, types) couverts par le périmètre

Gradation de l'offre : offre de proximité / de recours / de référence ?

Structuration de l'offre

Seuils minimums de garantie de qualité : nécessaire ou non ? Quel niveau ? Quelles exceptions ?

Accès aux soins : accès physique (distance, délais...) et financier / dérogations géographiques

Permanence : organisation de la permanence des soins

Environnement : positionnement de la structure autorisée dans son environnement (conventions, transferts...)

Périmètre de l'activité de médecine

L'activité de soins de médecine consiste en la prise en charge, polyvalente ou spécialisée, des patients dont l'état de santé nécessite des soins à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, une surveillance ou un suivi de nature médicale.

Elle peut comporter des actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique utilisant s'il y a lieu l'imagerie médicale [en lien avec les activités interventionnelles].

Elle comporte également des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Les soins de médecine s'inscrivent dans une prise en charge globale des patients.

(FHF) Activité de soins de médecine → pourquoi pas activité de médecine ?

(DGOS) Juridique : il s'agit de liste des activités de soins soumise à autorisation

Les différentes modalités de l'activité de médecine

A ce stade des travaux, proposition d'une hypothèse d'organisation de l'activité de médecine en deux modalités :

- La modalité « adulte » qui sera elle-même détaillée ci-après
- La modalité « pédiatrie »

Justification d'une modalité « pédiatrie » (enfants-adolescents)

- Compétences et équipements requis pour assurer une prise en charge médicale en milieu hospitalier adaptée aux besoins des nourrissons-enfants-adolescents
- Spécificité de la pédiatrie dans l'organisation des soins des établissements de santé
- Existence juridique dans le droit d'autorisation de plusieurs activités de soins
- Enjeux de définir à la fois des dispositions communes aux personnes de 0 à 18 ans et des dispositions par tranche d'âge

Rappel

Une modalité d'une activité de soins est un « segment » de l'activité disposant, le cas échéant, de ses propres CI/CTF et de sa propre gradation, généralement au service d'une population donnée (exemple : adulte/pédiatrie)

(FSM) Où est la gériatrie ? Il existe certaines spécificités de la prise en charge gériatrique.

(DGOS) Pour la gériatrie attention « aux effets délétères ». Si mention de la gériatrie, la prise en charge pourrait être exclue dans certains établissements en l'absence de gériatre.

(FHP MCO) Harmonisation nécessaire des différentes pratiques régionales → certaines régions font faire des avenants aux CPOM en créant des labels spécialisés pour la pédiatrie.

(DGOS) Le fait d'inscrire un cadre général dans les décrets obligera les ARS à l'adopter.

(FHP MCO) Il existe des établissements qui n'ont qu'une autorisation de chirurgie. Exemple d'un patient se présentant pour une colique néphrétique : relève-t-il de la médecine ? Ou de la chirurgie ?

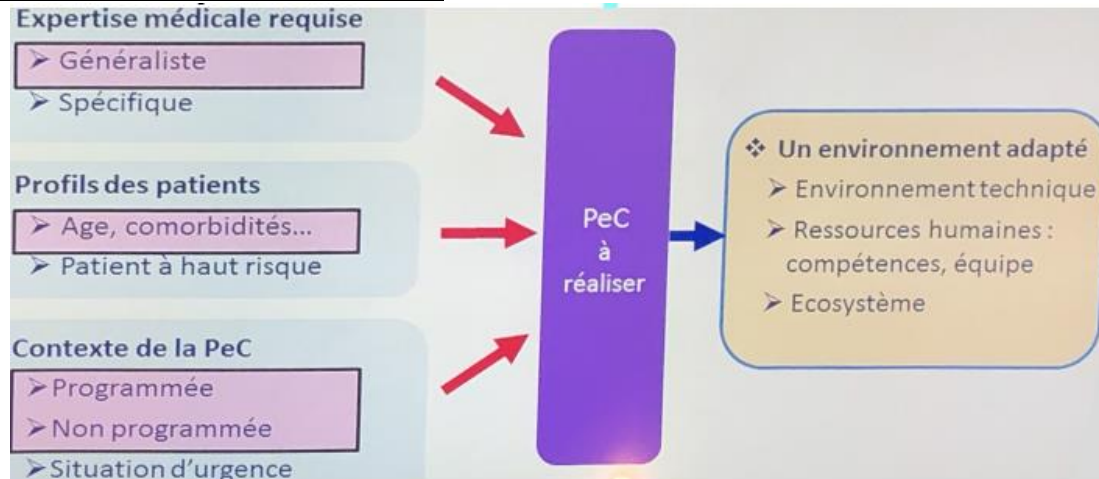
Il va falloir être clair sur le sujet et sur le périmètre des prises en charge en médecine.

Il est nécessaire de faire le lien avec le futur décret sanction/autorisation.

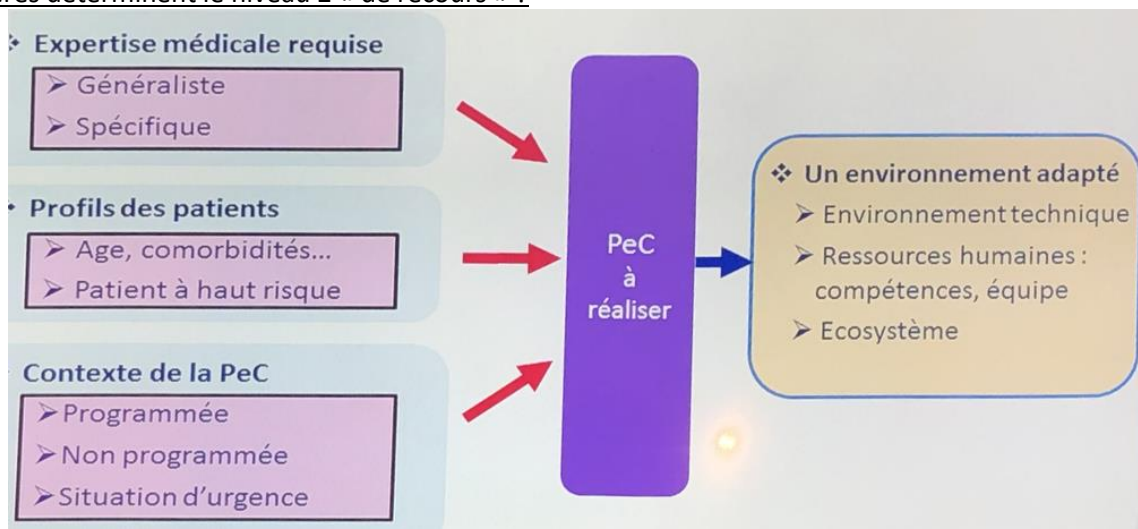
(ARS) Actuellement grande souplesse en région.

Rappel méthodologie sur la gradation

Quels critères déterminent le niveau 1 « socle » ?



Quels critères déterminent le niveau 2 « de recours » ?



Propositions d'obligations du titulaire : Mention MEDECINE ADULTES « socle »

Assurer des prises en charge médicales polyvalentes

Prise en charge dans un cadre hospitalier de proximité des patients suivis par leur médecin de ville ou en lien avec les médecins d'ES de recours intervenant en consultations avancées.

Assurer les 2 modes de prise en charge de médecine en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle

Disposer d'une organisation permettant l'accès des patients (sur site ou par convention) :

- Aux examens d'imagerie médicale ;
- Aux examens de biologie médicale et d'ACP

Disposer d'une organisation permettant la continuité des soins des personnes hospitalisés en médecine

Intervention médicale H24 en coopération avec les ES du territoire et le cas échéant les médecins de ville,
Contribution à l'organisation de la PDS au sein du GHT

Propositions d'obligations du titulaire : Mention MEDECINE ADULTES « N2 »

Assurer des prises en charge médicales polyvalentes / spécialisées

Assurer les 2 modes de prise en charge de médecine en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle

Disposer d'une organisation permettant l'accès des patients :

- Aux examens d'imagerie médicale ;
- Aux examens de biologie médicale et d'ACP

Disposer d'une organisation permettant la permanence et la continuité des soins des patients relevant d'une prise en charge en médecine

Même socle d'obligations du titulaire : Mention MEDECINE PEDIATRIQUE correspondant au N2 « de recours »

Echanges

(CNP Endoc) Difficultés à appréhender le niveau 1 et les prises en charge réalisées.

(FSM) Lien avec la réforme du 3^e cycle et avec la re-certification

(FHP MCO) Problématique du recrutement de gériatres et de spécialistes en médecine interne.
Aujourd'hui, lien avec la télémédecine pour présenter des cas d'école (avis d'experts).
Un médecin connaît ses limites et fait appel à ses pairs si besoin.
« N'allons pas trop loin. »

(FHF) Aujourd'hui, on fait déjà de la gradation des soins

(FHP MCO) Il faut préciser les notions « non programmées » et « urgences ».
(DGOS) En effet, ces termes sont à débattre en lien avec la PDS.

(FEHAP) Il faudrait plutôt parler de médecine et de médecine de recours

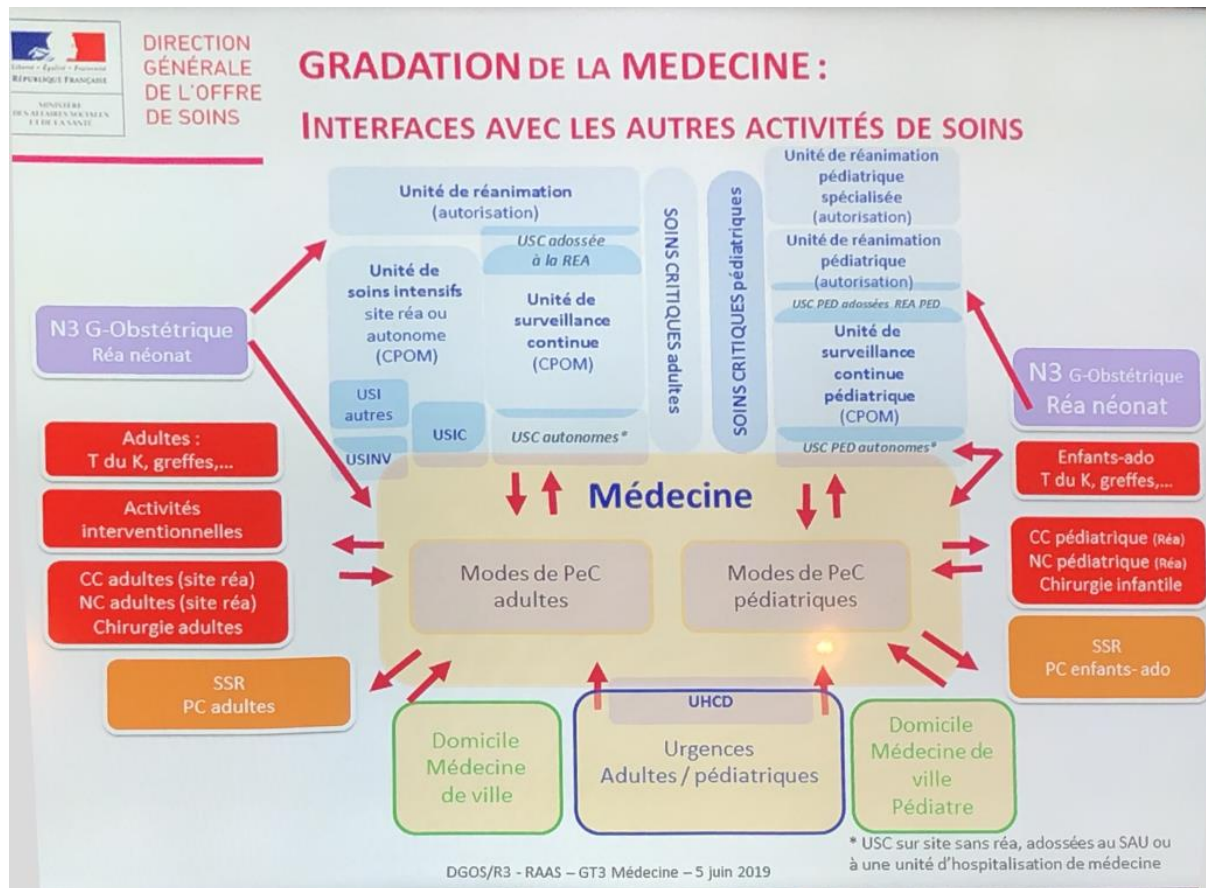
(DGOS) En effet, plutôt que de parler de niveau 1 et 2, on pourrait utiliser la terminologie : médecine de proximité / médecine hospitalière. Mais il risque d'y avoir une confusion avec la labellisation HP

(FHP MCO) Est-ce que l'on a vraiment besoin de classifier ? Exemple du GT autres activités interventionnels.
On peut très bien envisager une prise en charge en médecine dans toutes les structures avec des centres de ressource/de référence.

(FHF) On pourrait avoir cette vision si chacun s'engage à avoir un minimum requis.
Il va falloir financer ces centres de recours

(UNICANCER) Quid des consultations avancées ? Il faudrait également créer des sous-niveaux dans le niveau.

Gradation de la médecine : interfaces avec les autres activités de soins / Situation actuelle



(DGOS) Si on commence à tronçonner on va perdre cette souplesse/transversalité nécessaire à la médecine qui représente 70% des séjours MCO.

Suivi du calendrier de travail

Pour la prochaine réunion

→ Réactions et propositions sur la gradation proposée ainsi que sur les notions non programmées/urgences.

(FHP MCO) Demande d'une analyse sur l'activité des hôpitaux locaux.

(DGOS) Pas possible pour juillet mais pour septembre.

Synthèse / points à retenir :

I. Hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité sont « des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements » définis par des missions « exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire, avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale » et un périmètre d'activités.

LE MODELE CIBLE

- Des hôpitaux de proximité définis par leurs missions et leur mode de fonctionnement, indépendamment de leur statut juridique ou de leur inclusion dans un établissement multisites.
- Une synergie et une intrication avec la médecine de ville qui pourront se traduire par un exercice mixte des professionnels, une participation à la gouvernance des hôpitaux de proximité et des projets territoriaux articulés.

Missions des hôpitaux de proximité

Assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent (...) vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins »

En prenant en compte les projets de santé des CPTS et en coopération avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire, les ESMS et la HAD, ils :

- Apportent un appui aux PS de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population
- Favorisent en liaison avec le médecin traitant la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité
- Participent à la prévention et la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire.

Débat pour ajouter une 4^e mission partagée autour de la continuité des soins et la PDS

Activités des HP : POUR ASSURER LEURS MISSIONS, LES HÔPITAUX DE PROXIMITE ONT UN PERIMETRE D'ACTIVITES SPECIFIQUES

De façon « obligatoire », ils exercent « une activité de médecine, offrent des consultations de diverses spécialités, disposent de ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale ».

« Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique ». A titre dérogatoire ils peuvent exercer certains actes chirurgicaux (cette dérogation n'équivaut pas à une autorisation de soins).

En fonction du territoire et de l'offre existante d'autres activités, notamment la médecine d'urgence, les activités prénatales et post natales (CPP), les SSR, les soins palliatifs, les équipes mobiles.

L'article 8 : l'habilitation à légiférer par ordonnance

Déterminer les modalités selon lesquelles la liste des établissements de santé de proximité est établie par l'autorité compétente

Procédure de labellisation des hôpitaux de proximité

Définir les modalités d'organisation, de fonctionnement et de gouvernance de ces établissements, notamment en ouvrant leur gouvernance aux acteurs du système de santé du territoire concerné ;

Conditions permettant de faciliter une meilleure coopération avec les professionnels de ville et du territoire

Déterminer dans quelles conditions ces dispositions peuvent être applicables à une structure dépourvue de la personnalité morale et partie d'une entité juridique.

Labellisation possible à l'entité géographique

L'article 8 : La dérogation à la pratique de certains actes chirurgicaux

DEROGATION INTRODUITE SUITE AUX DEBATS PARLEMENTAIRES

OBJECTIF : Permettre à des hôpitaux de proximité de réaliser certains actes chirurgicaux sur des territoires où l'offre fait défaut, dès lors que les conditions de qualité et de sécurité des soins sont réunies.

CADRE ENVISAGE

Dérogation accordée par le DG ARS, au cas par cas, sur la base d'actes ciblés, impliquant des procédures courtes, standardisées et à faible niveau de risque :

- Liste établie par arrêté ministériel après avis de la HAS
- Un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités de mise en œuvre de cette dérogation

L'article 8 : Mono SSR

CONTEXTE : l'obligation de détenir une autorisation de médecine exclut les établissements de SSR de la labellisation. Pourtant certains SSR sont déjà « proches » du modèle d'organisation cible.

PROPOSITION DGOS : accompagner certains SSR proches du modèle cible vers la labellisation et l'obtention d'une autorisation de médecine.

TRAVAUX EN COURS : identification avec les ARS de la réalité de cette problématique et des conditions permettant de faciliter la mise en œuvre de cette option.

Suite des travaux - Lancement des chantiers II et III

CHANTIER II : CREER LES CONDITIONS D'UNE RELATION REINVENTEE ENTRE LES ACTEURS DU TERRITOIRE ET L'HOPITAL DE PROXIMITE

OBJECTIFS :

- Favoriser le développement de dynamiques territoriales communes, notamment avec les CPTS, incluant en particulier l'exercice partagé...
- et bénéficier de l'appui des Groupements hospitaliers de territoire (pour les établissements publics) et de la médecine de ville de deuxième ligne dans la mise en place de parcours de soins et d'accès à l'expertise (consultations avancées)
- dans un contexte de révision des compétences et des instances de gouvernance des établissements publics (An II des GHT)

CONSTAT : le droit commun (T2A) ne permet pas d'être un levier de transformation des pratiques et de décloisonnement entre les acteurs

OBJECTIF : proposer des modalités de financement qui n'encouragent pas la croissance des hospitalisations et financent de nouvelles missions partagées avec les acteurs du territoire.

AUTRE : ARTICULATION AVEC LES CHANTIERS STSS « RESSOURCES HUMAINES » (concerne notamment le statut des PH) AFIN DE DEVELOPPER L'EXERCICE MIXTE ET L'ATTRACTIVITÉ DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

(FHP MCO) Les structures actuelles (ex hôpitaux locaux) fonctionnent déjà avec des médecins généralistes. Est-ce une tentative de description du fonctionnement des hôpitaux locaux avec une extension à d'autres ES ? Quant à la PLFSS 2020, les HP actuels ont déjà un financement, est-on sur ce type de modèle ?

Pour la PDS, nécessité d'une cohérence régionale : certaines ARS suppriment des lignes sur le terrain.

II. GRADATION DE L'ACTIVITE DE SOINS DE LA MEDECINE

Les conditions d'implantation

Description de l'offre

Périmètre : définition de l'autorisation (par acte, pathologie, patient...)

Modalités : différentes variantes (actes, types) couverts par le périmètre

Gradation de l'offre : offre de proximité / de recours / de référence ?

Structuration de l'offre

Seuils minimums de garantie de qualité : nécessaire ou non ? Quel niveau ? Quelles exceptions ?

Accès aux soins : accès physique (distance, délais...) et financier / dérogations géographiques

Permanence : organisation de la permanence des soins

Environnement : positionnement de la structure autorisée dans son environnement (conventions, transferts...)

Périmètre de l'activité de médecine

L'activité de soins de médecine consiste en la prise en charge, polyvalente ou spécialisée, des patients dont l'état de santé nécessite des soins à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, une surveillance ou un suivi de nature médicale.

Elle peut comporter des actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique utilisant s'il y a lieu l'imagerie médicale [en lien avec les activités interventionnelles].

Elle comporte également des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Les soins de médecine s'inscrivent dans une prise en charge globale des patients.

Les différentes modalités de l'activité de médecine

A ce stade des travaux, proposition d'une hypothèse d'organisation de l'activité de médecine en deux modalités :

- La modalité « adulte » qui sera elle-même détaillée ci-après
- La modalité « pédiatrie »

Justification d'une modalité « pédiatrie » (enfants-adolescents)

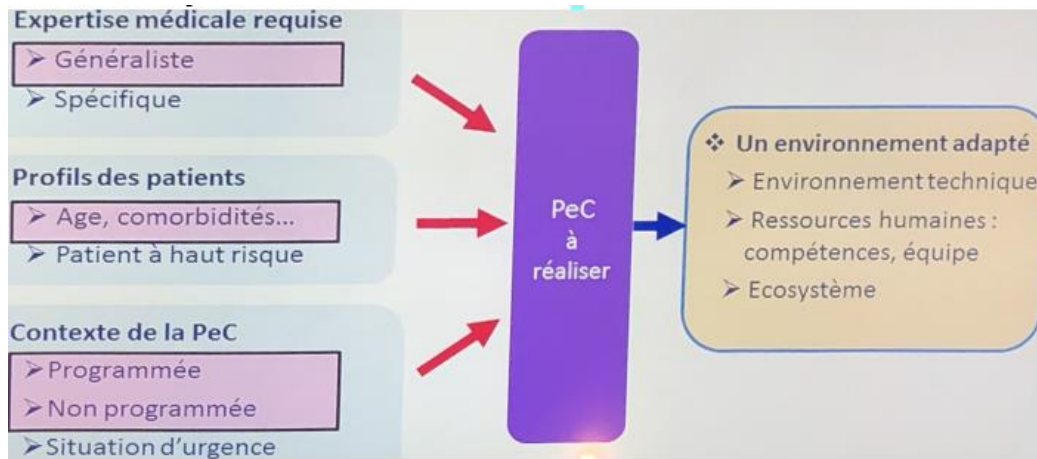
- Compétences et équipements requis pour assurer une prise en charge médicale en milieu hospitalier adaptée aux besoins des nourrissons-enfants-adolescents
- Spécificité de la pédiatrie dans l'organisation des soins des établissements de santé
- Existence juridique dans le droit d'autorisation de plusieurs activités de soins
- Enjeux de définir à la fois des dispositions communes aux personnes de 0 à 18 ans et des dispositions par tranche d'âge

(FHP MCO) Il existe des établissements qui n'ont qu'une autorisation de chirurgie. Exemple d'un patient se présentant pour une colique néphrétique : relève-t-il de la médecine ? Ou de la chirurgie ?

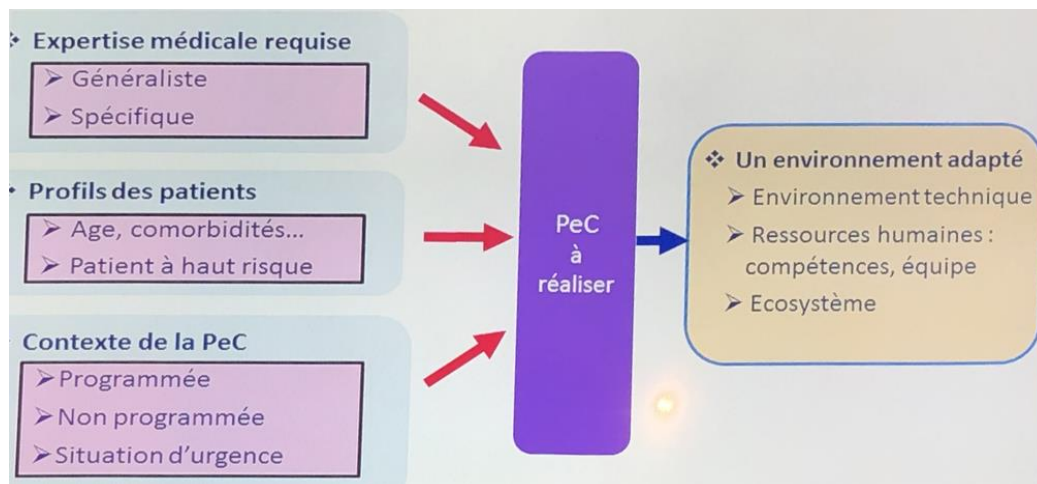
Il va falloir être clair sur le sujet et sur le périmètre des prises en charge en médecine.

Il est nécessaire de faire le lien avec le futur décret sanction/autorisation.

Quels critères déterminent le niveau 1 « socle » ?



Quels critères déterminent le niveau 2 « de recours » ?



Propositions d'obligations du titulaire : Mention MEDECINE ADULTES « socle »

Assurer des prises en charge médicales polyvalentes

Prise en charge dans un cadre hospitalier de proximité des patients suivis par leur médecin de ville ou en lien avec les médecins d'ES de recours intervenant en consultations avancées.

Assurer les 2 modes de prise en charge de médecine en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle

Disposer d'une organisation permettant l'accès des patients (sur site ou par convention) :

- Aux examens d'imagerie médicale ;
- Aux examens de biologie médicale et d'ACP

Disposer d'une organisation permettant la continuité des soins des personnes hospitalisés en médecine

Intervention médicale H24 en coopération avec les ES du territoire et le cas échéant les médecins de ville,
Contribution à l'organisation de la PDS au sein du GHT

Propositions d'obligations du titulaire : Mention MEDECINE ADULTES « N2 »

Assurer des prises en charge médicales polyvalentes / spécialisées

Assurer les 2 modes de prise en charge de médecine en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle

Disposer d'une organisation permettant l'accès des patients :

- Aux examens d'imagerie médicale ;
- Aux examens de biologie médicale et d'ACP

Disposer d'une organisation permettant la permanence et la continuité des soins des patients relevant d'une prise en charge en médecine

Même socle d'obligations du titulaire : Mention MEDECINE PEDIATRIQUE correspondant au N2 « de recours »

(FHP MCO) Est-ce que l'on a vraiment besoin de classifier ? Exemple du GT autres activités interventionnels.

On peut très bien envisager une prise en charge en médecine dans toutes les structures avec des centres de ressource/de référence.

Pour la prochaine réunion

→ Réactions et propositions sur la gradation proposée ainsi que sur les notions non programmées/urgences.

(FHP MCO) Demande d'une analyse sur l'activité des hôpitaux locaux.

(DGOS) Pas possible pour juillet mais pour septembre.

Prochaines étapes :

- 10 juillet 2019 : CI - CTF
- 18 septembre 2019 : CI – CTF
- 16 octobre 2019 : CI – CTF
- 27 novembre 2019 : CI-CTF
- Décembre si besoin

Enjeux pour les établissements à court, moyen et long terme :

- Définition des conditions d'implantations et des conditions techniques de fonctionnement en médecine.
- Dans le périmètre de l'activité de médecine, la place des consultations (ou ACE) ne semble pas encore très claire (consultations de spécialités, consultations avancées...). A ce stade, on ne sait pas si elles feront partie de l'autorisation.
- Il faudra également bien préciser la place des endoscopies dans ce futur régime des autorisations.
- Concernant le focus sur les hôpitaux de proximité, il faudra être vigilant que la condition GHT ne soit pas obligatoire car excluant de fait les établissements privés. La notion de projet médical de territoire paraît plus en adéquation plutôt que la notion de projet médical de GHT.